

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ
Topical Issues of Theoretical and Clinical Medicine

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених
(м. Суми, 20-21 квітня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

($p < 0,001$) та острівців – на 54% ($p < 0,001$) порівняно із 3 добою. На 10 добу, порівняно із 7 добою, спостерігалось збільшення площі ацинусів та острівців на 71% та 262% відповідно ($p < 0,001$).

Висновки. Аналіз морфометричних даних ПЗ за умов загального зневоднення показав, що збільшення площі ацинусів відбувається тільки за умов легкого та важкого ступеня зневоднення. Площа острівців Лангерганса за умов легкого ступеня зневоднення залишалась без суттєвих змін, але при важкому ступені відмічалось значне її збільшення. Площа ацинусів та острівців за умов середнього ступеня зневоднення зменшувалась, вірогідно, за рахунок адаптаційно-компенсаторних змін.

ГІПЕРТЕНЗІЯ МАЛОГО КОЛА КРОВООБІГУ

Козейчук П.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шиян Д.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра анатомії людини

Вступ. Гіпертензія малого кола (ГМК) кровообігу - підвищення кров'яного тиску в судинах малого кола кровообігу. Ряд дослідників вважає, що до розвитку первинної ГМК можуть вести різні патологічні процеси, є вказівки на етіологічні значення сімейних і спадкових факторів.

Мета роботи. Метою дослідження було виділення анатомічних змін при гіпертензії малого кола кровообігу.

Матеріали і методи дослідження. Ступінь гіпертрофії середньої оболонки судини визначають за допомогою індексу Кернохена: відношенням товщини середньої оболонки до діаметру просвіту судини, яке в нормі відповідає 1:8, а при ГМК може досягати 1:3, 1:2 і навіть 1:1.

Результати. Морфологічні категорії для випадків ГМК неясної етіології: патологія легеневих судин, що характеризуються концентричним фіброзом інтими, ураження легеневих вен і венул, легенева тромбоемболія. Морфологічні прояви довгостроково існуючої ГМК різноманітні. Постійними для всіх форм ознаками зміни є: гіпертрофія правого шлуночка серця, потовщення легеневого стовбура і його великих гілок, збільшення периметра легеневих артерій, ступінь гіпертрофії правого шлуночка мірою відповідає змінам судин легенів.

Висновки. Дані анатомічні зміни можуть скласти повну картину патогенезу захворювання, а так само його клінічної картини, що в свою чергу впливає на хід оперативних втручань.

ПОРІВНЯЛЬНА УЛЬТРАЗВУКОВА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДОРОВОЇ ТА ПОЛІКІСТОЗНОЇ НИРКИ

Коновалова К.Д.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шиян Д.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра анатомії людини

Вступ. Нирки є найважливішим органом сечовидільної системи - нирка, є паренхіматозним органом, основною функцією якого є видалення з крові надлишку води, електrolітів і продуктів тканинного метаболізму. Існує безліч патологій нирок, що призводять до дисфункції цих органів. Одним з них є полікістоз. Полікістоз нирок це кістозне переродження паренхіми нирок.

Мета роботи. Дослідити порівняльну ультразвукову характеристику.

Матеріали і методи дослідження. Методи ультразвукової діагностики.

Результати. Дана патологія вкрай рідко проявляється у дітей клінічно. Як правило, прояв хвороби реєструється у людей старше 30 років, але з віком частота збільшується. Клінічна картина полікістозу характеризується: гематурією, артеріальною гіпертензією (АТ $> 140/90$ мм рт.ст.). Методом ультразвукової діагностики було встановлено, що середні розміри

здорової нирки наступні: довжина - 11,23 см, ширина - 5,52 см, товщина - 4,23 див. Товщина паренхіми - 1,69 див. Для полікістозу характерне збільшення розмірів нирок. При ультразвуковому обстеженні 30 хворих полікістозом, у віці від 30 до 60 років, отримані наступні результати - в середньому права нирка: довжина нирки - від 15 - 20,6 см, ширина - від 8,12 - 10,7 см, товщина паренхіми - 1 - 1,2 см, товщина нирки - 7 - 8,26 див. При полікістозі в нирках виявляються множинні кісти. Розміри кіст в середньому такі: від 1 - 5,16 см.

Висновки. Для полікістозу характерними ознаками є: збільшення нирок, як в довжину, так і в ширину, за рахунок зростання кіст. Вищеописані структурні зміни, як правило, призводять до розвитку ниркової недостатності. В результаті якої хворим даною патологією показаний гемодіаліз.

МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ ШЛУНКУ В НОРМІ І ПРИ ЦУКРОВОМУ ДІАБЕТІ

Коршунова В.О.

Науковий керівник: к.мед.н., доц. Шиян Д.М.

Харківський національний медичний університет, кафедра анатомії людини

Вступ. Шлунок є важливим органом травної системи. Шлунок виконує хімічну, екскреторну, ендокринну та всмоктувальну функції. Анатомічно в шлунку розрізняють чотири частини: кардіальна і пілорична, дно шлунка і тіло.

Мета роботи. Дослідити особливості будови шлунка в нормі та патології.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження препаратів шлунка.

Результати. В результаті досліджень було встановлено, що порушується функція сфінктерів, шлунок розширюється. Відбувається атонія стінок шлунка і його порушення функцій. Утворення шлункового соку помітно знижується. У хворих на ЦД з-за цього достатньо часто розвивається гастрит. При гастритах слизова оболонка потовщена, пронизана серозним або серозно-слизовим ексудатом. Відбувається перебудова епітелію та залозистого апарату.

Висновки. Функціональні порушення шлунка при ЦД обумовлюють застій харчових мас в шлунку, що сприяє розмноженню хвороботворних бактерій і виникнення дисбактеріозу. На підставі наших досліджень, ми виявили, що хворі СД схильні до розвитку виразок. Більшість виразок виникають при ураженні організму бактерією *Helicobacter pylori*. При виразковій хворобі спостерігаються глибокі дефекти слизової оболонки, її потовщення. Дно виразки вкрите некротичною або грануляційною тканиною, її поверхня прикрита плівкою.

МІКРОСТРУКТУРНІ ЗМІНИ РЕГЕНЕРАТУ ВЕЛИКОГОМІЛКОВОЇ КІСТКИ ЩУРІВ ЗА УМОВ КЛІТИННОЇ ДЕГІДРАТАЦІЇ

Кривоzub Д.І., ЛС-401, Панченко В.Д., ЛС-402

Науковий керівник: Бумейстер В.І.

Сумський державний університет, кафедра нормальної анатомії людини з курсами топографічної анатомії та оперативної хірургії, гістології, цитології та ембріології

Проблема травматичних ушкоджень кісток скелета, розробка питань оптимізуючого впливу на процеси загоєння ран – актуальна проблема сучасної морфології та медицини. Травми опорно-рухової системи, незважаючи на всі досягнення сучасної медицини, залишаються одним із найголовніших факторів інвалідизації населення

Робота виконана в рамках науково-дослідних тем кафедри, № держреєстрації яких 0113U001347 та 0109U008714.

Метою нашої роботи було вивчення гістологічних змін кісткового регенерату за умов впливу клітинної дегідратації важкого ступеня.

Досліди проведені на 40 білих лабораторних щурах самцях 3 місячного віку. Тварини розподілені на дві групи – контрольну та експериментальну (по 20 тварин в кожній).